



WARUNKI UBEZPIECZENIA OCHRONA PŁATNOŚCI

Niniejsze Warunki ubezpieczenia stanowią integralną część Umowy Ubezpieczenia nr U1004/2009 z dnia 20.11.2009r., zawartej pomiędzy Bankiem Zachodnim WBK S.A. a BZ WBK-Aviva Towarzystwem Ubezpieczeń Ogólnych S.A., na podstawie której BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. świadczy Ochronę ubezpieczeniową na rzecz Posiadaczy Rachunków prowadzonych przez Bank Zachodni WBK S.A.



W celu lepszego zrozumienia poniższego tekstu prawnego, wprowadziliśmy komentarze prezentowane w takich jak ta ramkach. Będziemy w nich posługiwać się formą komunikacji bezpośredniej, zwracając się do Ciebie – czyli Ubezpieczonego. Zamiast używać zwrotu Ubezpieczyciel będziemy posługiwać się zwrotem „my”. Pamiętaj, że komentarze są tylko dodatkowym wyjaśnieniem i w żadnym razie nie zastępują tekstu prawnego.

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ilekroć w Warunkach ubezpieczenia, Umowie ubezpieczenia, dokumentach związanych z obejmowaniem Ochroną ubezpieczeniową, potwierdzających objęcie Ochroną ubezpieczeniową oraz w innych oświadczeniach składanych w związku ze świadczoną na podstawie Warunków ubezpieczenia Ochroną ubezpieczeniową używa się następujących pojęć, oznaczających w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **Ubezpieczyciel** – BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych Spółka Akcyjna;
- 2) **Ubezpieczający** – Bank Zachodni WBK Spółka Akcyjna;
- 3) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na czas nieoznaczony, na podstawie niniejszych Warunków Ubezpieczenia, pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym;
- 4) **Rachunek** – rachunek bankowy prowadzony przez Ubezpieczającego, zgodnie z zapisami Regulaminu kont dla ludności BZ WBK S.A., w imieniu i na rzecz Posiadacza;
- 5) **Posiadacz** – osoba/osoby fizyczne, na imię której/kórych Ubezpieczający prowadzi indywidualny lub wspólny Rachunek;
- 6) **Ubezpieczony** – Posiadacz Rachunku objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Ubezpieczenia;



Ubezpieczenie „Ochrona Płatności” zostało przygotowane wyłącznie z myślą o Klientach Banku Zachodniego WBK S.A., będących Posiadaczami Rachunku. Po przystąpieniu do ubezpieczenia, Posiadacz Rachunku staje się Ubezpieczonym. Do ubezpieczenia może przystąpić zarówno jeden jak i więcej Posiadaczy tego samego Rachunku, przy czym jeden Posiadacz może korzystać tylko z jednego ubezpieczenia „Ochrona Płatności”.

- 7) **Ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z niniejszych Warunków ubezpieczenia, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) **Dzień przystąpienia do Umowy ubezpieczenia** – jest to dzień podpisania przez Posiadacza Deklaracji;
- 9) **Okres rozliczeniowy** – jest to okres rozpoczynający się od dnia następującego po dniu przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia oraz odpowiednio – w każdym kolejnym miesiącu kalendarzowym – od dnia odpowiadającego datą początkowi poprzedniego Okresu rozliczeniowego, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym dzień, w którym rozpoczyna się następny Okres rozliczeniowy włącznie; w przypadku braku w danym miesiącu kalendarzowym dnia odpowiadającego datą dniowi początku Okresu rozliczeniowego przyjmuje się, że jest to ostatni dzień danego miesiąca kalendarzowego;



Okres rozliczeniowy oznacza każdy kolejny miesięczny przedział czasu, w którym Jesteś objęty ochroną ubezpieczeniową, za którą ponosisz miesięczną opłatę.

- 10) **Osoba bliska** – małżonek Ubezpieczonego, osoba pozostająca z Ubezpieczonym w konkubinacie, dzieci, rodzice, rodzice rodziców i rodzeństwo Ubezpieczonego, małżonkowie i dzieci rodzeństwa Ubezpieczonego, rodzice, rodzice rodziców i rodzeństwo małżonka Ubezpieczonego, jak również rodzeństwo rodziców Ubezpieczonego oraz rodzeństwo rodziców małżonka Ubezpieczonego;
- 11) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie powstałe w okresie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszczerbku na zdrowiu; nieszczęśliwy wypadek może mieć miejsce na całym świecie;
- 12) **Niezdolność do pracy** – brak zdolności do wykonywania Aktywności zarobkowej przez Ubezpieczonego, powstały i utrzymujący się na skutek naruszenia czynności organizmu, wskutek choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, zaistniałych w trakcie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony Ubezpieczeniowej, potwierdzony zgodnie z obowiązującymi powszechnie przepisami prawa przez organ rentowy albo lekarza nie będącego względem Ubezpieczonego Osobą bliską;



Nowatorskim na rynku ubezpieczeń jest fakt, że udzielamy Ochrony ubezpieczeniowej zarówno w sytuacji trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, ale także w sytuacji czasowej, częściowej niezdolności do pracy.

- 13) **Utrata zdolności do pracy** – zdarzenie polegające na powstaniu w okresie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej i utrzymywaniu się w tym okresie Niezdolności do pracy Ubezpieczonego;
- 14) **Bezrobotny** – osoba zarejestrowana w tym charakterze w Powiatowym Urzędzie Pracy, która spełnia warunki do otrzymywania zasiłku dla bezrobotnych, w myśl ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;



Pamiętaj! Bezrobotny to osoba posiadająca status bezrobotnego z prawem do zasiłku.

- 15) **Utrata pracy** – zdarzenie mające miejsce w okresie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej polegające na:
 - a) utracie pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę, z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy lub oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości pracodawcy, z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego – w przypadku osób pozostających w stosunku pracy ze spółką kapitałową, w której posiadają więcej niż 20% kapitału zakładowego,

- b) rozwiązaniu, w rozumieniu przepisów prawa pracy, umowy o pracę za wypowiedzeniem przez pracodawcę albo rozwiązanie umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia, bez winy pracownika – w przypadku osób pozostających w stosunku pracy, na podstawie umowy o pracę,
- c) wykreśleniu z Ewidencji Działalności Gospodarczej w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej z przyczyn ekonomicznych – w przypadku osób prowadzących samodzielną działalność gospodarczą – tj. w sytuacji, gdy:
 - I. w okresie ostatnich 3 (trzech) miesięcy poprzedzających zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego, przedsiębiorstwo Ubezpieczonego przynosiło stratę albo
 - II. Ubezpieczony trwale zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej wskutek wejścia w życie przepisów prawa uniemożliwiających kontynuowanie dotychczasowej działalności przez Ubezpieczonego, albo
 - III. jedyny zleceniodawca rozwiązał z Ubezpieczonym, prowadzącym działalność gospodarczą, umowę cywilno-prawną,
- d) wygaśnięciu mandatu posła lub senatora z przyczyn nie leżących po jego stronie, z wyłączeniem zakończenia kadencji Sejmu i Senatu – w przypadku osób pełniących funkcję posła lub senatora Rzeczypospolitej Polskiej, w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał w okresie świadczonej Ochrony ubezpieczeniowej status Bezrobotnego;



Pamiętaj! Zasada podstawowa – rozwiązanie umowy o pracę musi nastąpić wyłącznie z inicjatywy pracodawcy, bez winy pracownika i nie może nastąpić na podstawie porozumienia stron. W przeciwnym razie świadczenie z tytułu utraty pracy nie będzie Ci należne i nie zostanie wypłacone.

- 16) **Aktywność zarobkowa** – podejmowana przez Ubezpieczonego aktywność mająca cel zarobkowy, niezależnie od jej formy, wykonywana w ramach umowy o pracę, umowy o dzieło, umowy zlecenia, doradztwa, stosunku członkostwa w zarządzie, radzie nadzorczej lub komisji rewizyjnej, uczestnictwa w spółce osobowej, działalności gospodarczej, w tym prowadzonej wraz z innymi osobami, działalności wytwórczej w rolnictwie; za aktywność zarobkową nie jest uważana sprzedaż rzeczy stanowiących osobisty majątek oraz praca twórcza Ubezpieczonego, chyba że stanowi ona zwykły sposób zarobkowania;
- 17) **Pobyt w szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, trwający przynajmniej 5 (pięć) kolejnych dni, mający na celu leczenie choroby bądź urazu Ubezpieczonego, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez szpital, zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania;
- 18) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest zapewnienie całodobowej opieki medycznej, zabiegów terapeutycznych w warunkach stałych i specjalnie do tego celu przystosowanych, przez wykwalifikowany średni i wyższy personel medyczny. Definicja szpitala nie obejmuje ośrodków opieki społecznej, hospicjum, ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych, rehabilitacyjnych, uzdrowiskowych oraz wypoczynkowych. Za szpital nie uznaje się również wewnętrznych oddziałów, wydziałów lub innych jednostek organizacyjnych szpitala zajmujących się rehabilitacją lub wypoczynkiem pacjentów, jak również leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień;
- 19) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie polegające na:
 - a) Utracie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy,
 - b) Utracie pracy przez Ubezpieczonego,
 - c) Pobycie w szpitalu;



W tym miejscu wymieniamy sytuacje, w przypadku zaistnienia których świadczymy określoną w Umowie Ubezpieczenia pomoc finansową. Pamiętaj jednak o wyłączeniach opisanych w § 6.

- 20) **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:**
 - a) w przypadku Utraty przez Ubezpieczonego zdolności do pracy – dzień powstania Niezdolności do pracy, wskazany w orzeczeniu lub zaświadczeniu lekarskim. W przypadku, gdy orzeczenie lub zaświadczenie nie wskazuje dnia powstania Niezdolności do pracy, za dzień zajścia Niezdolności do pracy przyjmuje się dzień wydania orzeczenia lub zaświadczenia,
 - b) w przypadku Utraty pracy przez Ubezpieczonego:
 - I. w przypadku, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 15 lit. a) powyżej, dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości pracodawcy lub dzień wydania postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszeniu upadłości pracodawcy, z powodu braku wystarczających środków na pokrycie kosztów postępowania upadłościowego,
 - II. w przypadku, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 15 lit. b) powyżej, dzień rozwiązania umowy o pracę,
 - III. w przypadku, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 15 lit. c) powyżej, dzień wykreślenia wpisu w Ewidencji Działalności Gospodarczej,
 - IV. w przypadku, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 15 lit. d) powyżej, dzień wygaśnięcia mandatu posła lub senatora,
 - c) w przypadku Pobytu w szpitalu – 5 (piąty) dzień nieprzerwanego Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, mający na celu leczenie choroby bądź urazu Ubezpieczonego;
- 21) **Deklaracja** – dokument stanowiący Załącznik nr 2 do Umowy ubezpieczenia, zawierający oświadczenia Posiadacza Rachunku, niezbędne do objęcia go Ochroną ubezpieczeniową;



Deklaracja to dokument, który zawiera Twoją zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia „Ochrona Płatności”, jak również stanowi potwierdzenie objęcia Ciebie Ochroną ubezpieczeniową. Jest to jednocześnie odpowiednik wniosku ubezpieczeniowego i polisy.

- 22) **Formularz Rezygnacji / Zmiany Wariantu dla ubezpieczenia „Ochrona Płatności”** – dokument stanowiący Załącznik nr 3 do Umowy ubezpieczenia, zawierający oświadczenia Posiadacza Rachunku o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej lub zmianie jej wariantu.



Zapoznaj się z zakresem poszczególnych wariantów ubezpieczenia i wysokością opłat pobieranych przez Bank za udostępnienie ubezpieczenia oraz zapoznaj się z trybem zmiany wariantu określonym w par.5.

§ 2

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz utrata źródła dochodu, wskutek utraty przez Ubezpieczonego pracy.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Ubezpieczyciela do zapłaty określonych w niniejszych Warunkach ubezpieczenia świadczeń ubezpieczeniowych, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) Utraty zdolności do pracy przez Ubezpieczonego – w przypadku gdy okres Niezdolności do pracy trwa w okresie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej nieprzerwanie przez przynajmniej trzydzieści kolejnych dni;
 - 2) Utraty pracy przez Ubezpieczonego – w przypadku gdy okres posiadania przez Ubezpieczonego statusu Bezrobotnego trwa w okresie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej nieprzerwanie przez przynajmniej trzydzieści kolejnych dni;

- 3) Pobytu w szpitalu – w przypadku gdy okres Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu trwał w okresie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej nieprzerwanie przynajmniej 5 (pięć) kolejnych dni.



Ubezpieczenie ma na celu wsparcie Ciebie w trudnych sytuacjach życiowych takich jak Utrata pracy, Niezdolność do pracy, Pobyt w szpitalu.

§ 3

OBJĘCIE I REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Posiadacz Rachunku, który w dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia ukończył 18 lat i w dniu objęcia Ochroną ubezpieczeniową nie ukończył 65 lat.
2. Warunkiem objęcia Posiadacza Rachunku Ochroną ubezpieczeniową jest wyrażenie przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową oraz złożenie oświadczeń zawartych w Deklaracji.
3. Ubezpieczony może w każdym czasie złożyć Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej. Rezygnacja jest skuteczna z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z Ochrony ubezpieczeniowej lub w przypadku zakończenia Ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z § 4 ust. 3 pkt 7 Warunków ubezpieczenia, ponowne przystąpienie Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia jest możliwe po upływie 180 dni od dnia zakończenia Ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczonego.



Zawsze możesz zrezygnować z ubezpieczenia. Pamiętaj jednak, że ponownie możesz do niego przystąpić dopiero po upływie 180 dni od zakończenia Ochrony ubezpieczeniowej.

5. Ubezpieczający zobowiązany jest do udostępnienia Ubezpieczonemu Warunków ubezpieczenia, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową.



Pamiętaj! Poproś doradcę bankowego o wydanie Warunków ubezpieczenia, zapoznaj się z nimi przed podpisaniem Deklaracji. Jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości – pytaj doradcę. Zawsze możesz znaleźć Warunki ubezpieczenia także na naszej stronie internetowej www.bzwbkaviva.pl

§ 4

OKRES ŚWIADCZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu podpisania Deklaracji przez Posiadacza Rachunku, nie wcześniej jednak niż w dniu podpisania z Ubezpieczającym umowy Rachunku, z zastrzeżeniem ust. 2.



Data początku Ochrony ubezpieczeniowej jest wskazana w Deklaracji.

2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) w zakresie ubezpieczenia z tytułu Utraty zdolności do pracy – w dniu objęcia Ochroną ubezpieczeniową, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe było spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem. W pozostałych przypadkach – po upływie 90 dni od dnia objęcia Ochroną Ubezpieczeniową;
 - 2) w zakresie ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy – po upływie 90 dni od dnia objęcia Ochroną ubezpieczeniową;
 - 3) w zakresie ubezpieczenia z tytułu Pobytu w szpitalu – w dniu objęcia Ochroną ubezpieczeniową, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe było spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem. W pozostałych przypadkach – po upływie 90 dni od dnia objęcia Ochroną ubezpieczeniową.
3. W odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych Ochrona ubezpieczeniowa kończy się, w zależności od tego, który z przypadków nastąpił wcześniej, w następujących przypadkach:
 - 1) z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym umowa Rachunku została wypowiedziana;
 - 2) z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym Umowa ubezpieczenia została rozwiązana;
 - 3) z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z obejmowania go Ochroną ubezpieczeniową;
 - 4) z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony przestał być Posiadaczem Rachunku;
 - 5) z chwilą śmierci Ubezpieczonego;
 - 6) z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat;
 - 7) z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym bezskutecznie upłynął termin płatności składki ubezpieczeniowej za poszczególnego Ubezpieczonego, za bezpośrednio poprzedzający Okres rozliczeniowy;
 - 8) z chwilą wyczerpania wszystkich Sum ubezpieczenia, określonych dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych, na skutek wypłaty świadczeń.



Pamiętaj, iż ubezpieczenie kończy się również, jeśli na Rachunku nie zapewnisz środków na Oplatę za udostępnienie ubezpieczenia. Więcej informacji na ten temat znajdziesz w formularzu Deklaracji.

§ 5

WARIANTY, SUMY UBEZPIECZENIA, WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

1. Suma ubezpieczenia określa górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w odniesieniu dla danego Ubezpieczonego, w czasie 24 Okresów rozliczeniowych. Wysokość sumy ubezpieczenia zależy od wybranego przez Ubezpieczonego wariantu i wynosi dla poszczególnych wariantów na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe:
 - 1) Wariant Standard – 2 400 zł (400 zł na każde świadczenie);
 - 2) Wariant Premium – 4 200 zł (700 zł na każde świadczenie);
 - 3) Wariant Prestiż – 6 000 zł (1 000 zł na każde świadczenie);z tytułu każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego.



Wysokość sumy ubezpieczenia jest uzależniona od wybranego przez Ciebie wariantu. Możesz znaleźć ją w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia dla każdego Zdarzenia (Utrata pracy, Utrata zdolności do pracy, Pobyt w szpitalu) odnawia się co 2 lata, liczone od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

2. Od dnia 01 lipca 2010r. Ubezpieczonemu przysługuje prawo zmiany wariantu, o którym mowa w ust.1 powyżej, w każdym czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem braku zaległości w opłaceniu składek ubezpieczeniowych z tytułu świadczonej przez Ubezpieczyciela Ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o zmianie wariantu powinno nastąpić pisemnie, poprzez Formularz Rezygnacji/Zmiany Wariantu dla ubezpieczenia „Ochrona Płatności”. Zmiana wariantu jest skuteczna z początkiem Okresu rozliczeniowego, bezpośrednio następującego po Okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie o zmianie wariantu, przy czym jeśli Ubezpieczony zmieni wariant na wyższy, to odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do danego Ubezpieczonego – w zakresie wyższej sumy ubezpieczenia – rozpoczyna się po upływie 3 pełnych Okresów rozliczeniowych, od daty skutecznej zmiany wariantu.



Pamiętaj! Możesz zmienić zdanie i dokonać innego wyboru, w zakresie oferowanych wariantów ubezpieczenia.

3. W odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego kończy się z chwilą wyczerpania, na skutek wypłaty świadczeń, sumy ubezpieczenia określonej dla tego Zdarzenia ubezpieczeniowego.



Pamiętaj, jeśli wyczerpiesz sumę ubezpieczenia z tytułu któregoś ze Zdarzeń, nadal pozostajesz objęty Ochroną ubezpieczeniową w zakresie tych Zdarzeń, dla których sumy ubezpieczenia nie zostały przez Ciebie wyczerpane.

4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, polegającego na Utracie pracy lub Utraty zdolności do pracy, Ubezpieczonemu przysługują świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane miesięcznie, przy czym pierwsze świadczenie z tytułu Utraty pracy będzie należne, jeżeli status Bezrobotnego będzie przysługiwał Ubezpieczonemu nieprzerwanie przez trzydzieści kolejnych dni a pierwsze świadczenie z tytułu Utraty zdolności do pracy będzie należne, jeżeli stan Niezdolności do pracy Ubezpieczonego trwać będzie nieprzerwanie przez trzydzieści kolejnych dni – w trakcie świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej temu Ubezpieczonemu.



Dopiero po upływie 30 dni nieprzerwanego posiadania przez Ciebie statusu Bezrobotnego lub nieprzerwanej Niezdolności do pracy, będziemy wypłacać świadczenia w związku z Utratą pracy lub Utratą zdolności do pracy. Świadczenie będzie wypłacane w okresach miesięcznych – maksymalnie 6 razy.

5. Pierwsze świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu będzie należne, jeżeli Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego będzie trwał nieprzerwanie przynajmniej pięć dni, a drugie i każde kolejne świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu będzie należne, po upływie każdych kolejnych trzydziestu dni nieprzerwanego Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego – w trakcie świadczenia Ochrony Ubezpieczeniowej temu Ubezpieczonemu. Świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, ustalone w sposób, o którym mowa w niniejszym ustępie, wypłacane są jednorazowo na podstawie dokumentów poświadczających Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego.



W związku z Pobyt w szpitalu wypłacimy świadczenie jednorazowe. Jego maksymalna wysokość będzie odpowiadała sumie ubezpieczenia. Ostateczna wysokość świadczenia uzależniona jest od całkowitej długości pobytu w szpitalu zgodnie z zasadą:

Od 0 do 4 dni Pobytu w szpitalu – brak świadczenia;

Od 5 do 34 dni Pobytu w szpitalu – jedno świadczenie;

Od 35 do 64 dni Pobytu w szpitalu – dwa świadczenia;

Od 65 do 94 dni Pobytu w szpitalu – trzy świadczenia;

Od 95 do 124 dni Pobytu w szpitalu – cztery świadczenia;

Od 125 do 154 dni Pobytu w szpitalu – pięć świadczeń;

Od 155 do 184 dni Pobytu w szpitalu – sześć świadczeń (wyczerpana suma ubezpieczenia).

6. Drugie i każde kolejne świadczenie z tytułu Utraty pracy będzie należne, jeżeli status Bezrobotnego będzie przysługiwał Ubezpieczonemu nieprzerwanie przez trzydzieści kolejnych dni dłużej, niż było to wymagane dla poprzedniego świadczenia z tytułu Utraty pracy, zaś drugie i kolejne świadczenie z tytułu Utraty zdolności do pracy będzie należne, jeżeli stan Niezdolności do pracy Ubezpieczonego trwać będzie nieprzerwanie przez trzydzieści kolejnych dni dłużej, niż było to wymagane dla poprzedniego świadczenia z tytułu Utraty zdolności do pracy – w trakcie świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej temu Ubezpieczonemu.



Kolejne świadczenia z tytułu Utraty pracy lub Niezdolności do pracy będą należne, jeśli status Bezrobotnego lub niezdolność będą się utrzymywać przez kolejne trzydziestodniowe okresy.

7. Świadczenie z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego należne jest za każde Zdarzenie ubezpieczeniowe, polegające na Utracie przez niego pracy, w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem ust. 3.
8. Świadczenie z tytułu Utraty zdolności do pracy przez Ubezpieczonego należne jest za każde Zdarzenie ubezpieczeniowe, polegające na Utracie zdolności do pracy przez Ubezpieczonego, w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem ust. 3.
9. Jeżeli w okresie świadczenia przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej dojdzie do zbiegu tytułów wypłaty świadczeń – z tytułu Utraty zdolności do pracy i z tytułu Pobytu w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci danemu Ubezpieczonemu świadczenie tylko z tytułu zajścia tego z wymienionych Zdarzeń ubezpieczeniowych, z którego Ubezpieczonemu będzie przysługiwała wyższa kwota świadczenia.



W przypadku zbiegu tytułów wypłaty świadczeń, gdy po wypłacie jednego świadczenia (np. z tytułu Pobytu w szpitalu) złożysz wniosek o wypłatę kolejnego świadczenia z tytułu drugiego Zdarzenia (np. Utrata zdolności do pracy) i będzie ono wyższe, wtedy wypłacana jest różnica pomiędzy świadczeniami.

§ 6

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA



Dobre ubezpieczenie daje pewność, że zrekompensujemy skutki finansowe ewentualnych szkód. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje wszelkich możliwych zdarzeń, jakie mogą doprowadzić do strat. Dlatego właśnie warto zapoznać się z sytuacjami, w których świadczenia nie zostaną wypłacone.

1. Poza przypadkami określonymi przez bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa, Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe będzie następstwem:
- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
 - 2) wybuchu, skażenia toksycznego, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego – bez względu na źródło skażenia;
 - 3) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy, zaburzeń świadomości u Ubezpieczonego spowodowanych stanem nietrzeźwości Ubezpieczonego, chyba że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 4) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub dokonania przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała;

- 5) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych, uprawiania przez Ubezpieczonego sportów lub dyscyplin sportowych takich jak: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, wspinaczka górską, speleologia i wspinaczka skałkowa, paralotniarstwo, lotniarstwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierka, sporty obronne, kajakerstwo górskie, skoki do wody, skoki na linie, rafting, nurkowanie ze sprzętem specjalistycznym;
- 6) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego, nielicencjonowanych linii lotniczych;
- 7) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.



Powyższe wyłączenia dotyczą wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych, czyli: Utraty pracy, Niezdolności do Pracy i Pobytu w szpitalu.

2. Z tytułu Utraty zdolności do pracy lub Pobytu w szpitalu przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel nie ponosi ponadto odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe będzie następstwem:
 - 1) zaburzeń nerwowych lub psychicznych, w tym depresji i stanów lękowych Ubezpieczonego;
 - 2) choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, dyskopatii, zespołów korzeniowych, zespołów bólowych kręgosłupa Ubezpieczonego, z wyjątkiem zmian patologicznych kręgosłupa o innym charakterze, udowodnionych badaniami lekarskimi;
 - 3) chorób wywołanych spożywaniem alkoholu przez Ubezpieczonego;
 - 4) choroby Ubezpieczonego, która została zdiagnozowana lub którą Ubezpieczony leczył w czasie przypadającym na okres 12 miesięcy, poprzedzających objęcie Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową;
 - 5) ciąży, porodu, przerwania ciąży przez Ubezpieczonego;
 - 6) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń lekarza albo poddania się przez niego zabiegom o charakterze medycznym, poza kontrolą lekarza lub innych powołanych do tego osób, chyba że zabiegi te miały bezpośredni związek z Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 7) plastycznych lub kosmetycznych zabiegów chirurgicznych Ubezpieczonego, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiego w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej uległ Ubezpieczony;
 - 8) wady wrodzonej Ubezpieczonego;
 - 9) choroby wywołanej u Ubezpieczonego bezpośrednio lub pośrednio przez HIV;
 - 10) koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Ubezpieczonego.
3. Z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony utracił pracę na skutek:
 - 1) upływu czasu, na jaki umowa o pracę z Ubezpieczonym została zawarta;
 - 2) rozwiązania umowy o pracę przez pracownika w trybie opisanym w art. 23(1) § 4 Kodeksu pracy;
 - 3) wypowiedzenia umowy o pracę przez pracodawcę z winy Ubezpieczonego w trybie, o którym mowa w art. 52 Kodeksu pracy;
 - 4) ustania stosunku pracy wiążącego Ubezpieczonego z pracodawcą, którego akcjonariuszami lub udziałowcami posiadającymi łącznie powyżej 20 % udziałów albo akcji są Ubezpieczony lub Osoby bliskie względem Ubezpieczonego, chyba że akcje pracodawcy notowane są na giełdzie papierów wartościowych.
4. Z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli po Utracie pracy Ubezpieczony otrzymuje od pracodawcy jakiegokolwiek okresowe świadczenie, związane z wykonywaną wcześniej na rzecz pracodawcy pracą, w wysokości przekraczającej 50% kwoty wynagrodzenia, które byłoby mu należne od pracodawcy, gdyby nadal pozostawał z nim w stosunku pracy – w okresie pobierania tego świadczenia lub jeżeli po Utracie pracy Ubezpieczony wykazuje Aktywność zarobkową.
5. Z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli w chwili objęcia Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony wiedział lub mógł wiedzieć, że w okresie obejmowania go Ochroną ubezpieczeniową może Utracić pracę.
6. Uważa się, że w chwili objęcia Ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony wiedział lub mógł wiedzieć, że w okresie obejmowania go Ochroną ubezpieczeniową może Utracić pracę, jeśli w tym dniu był zatrudniony na podstawie umowy o pracę, ale w okresie sześciu miesięcy przed tym dniem albo w tym dniu, zatrudniający go pracodawca dokonał przynajmniej jednej z następujących czynności:
 - 1) złożył Ubezpieczonemu oświadczenie o rozwiązaniu umowy o pracę;
 - 2) poinformował Ubezpieczonego o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę;
 - 3) wykonał obowiązki wynikające z ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników, uprawniające pracodawcę do wypowiedzenia pracownikom stosunków pracy w ramach grupowego zwolnienia.

§ 7

TRYB ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ O ZAPŁATĘ ŚWIADCZEŃ


1. Zawiadomienia Ubezpieczyciela o Zdarzeniu ubezpieczeniowym należy dokonać telefonicznie lub pisemnie w terminie dziewięćdziesięciu (90) dni od daty zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, uzasadniającego wystąpienie z roszczeniem o wypłatę świadczenia.



Pamiętaj! Im wcześniej zgłosisz roszczenie i dostarczysz wszystkie wymagane dokumenty, tym szybciej my wypłacimy należne świadczenia. Najprościej i najszybciej zrobisz to poprzez naszą infolinię BZ WBK-Aviva nr tel. 0801 888 188 (opłata zgodna z taryfą danego operatora) lub 022 557 44 71.

2. Wypłata świadczenia następuje po dostarczeniu do Ubezpieczyciela pisemnego zgłoszenia roszczenia na formularzu Ubezpieczyciela i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia. Osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia powinna wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz okoliczności uzasadniające przyznanie jej świadczenia.
3. Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia o wypłatę świadczenia są:
 - 1) w przypadku świadczenia z tytułu Utraty zdolności do pracy:
 - a) kopia dokumentu wydanego przez lekarza albo organ rentowy we właściwy sposób stwierdzającego Niezdolność do pracy Ubezpieczonego oraz
 - b) zaświadczenie pracodawcy lub organu rentowego stwierdzające, iż Ubezpieczony otrzymuje świadczenie z tytułu Niezdolności do pracy;
 - 2) w przypadku świadczenia z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego:
 - a) zaświadczenie wydane przez właściwy dla Ubezpieczonego powiatowy urząd pracy stwierdzające, że Ubezpieczony jest zarejestrowany w tym urzędzie jako Bezrobotny,
 - b) zaświadczenie wydane przez właściwy dla Ubezpieczonego powiatowy urząd pracy, stwierdzające, że Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek dla Bezrobotnych,
 - c) kopia świadectwa pracy wydanego przez pracodawcę, zatrudniającego Ubezpieczonego w dniu rozwiązania umowy o pracę, skutkującego Utratą pracy przez Ubezpieczonego (w przypadku osób, które nabyły status Bezrobotnego, wskutek Utraty pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę),
 - d) kopia postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości pracodawcy lub kopia postanowienia sądu o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości pracodawcy, z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego (w przypadku osób pozostających


- w stosunku pracy ze spółką kapitałową, w której posiadają więcej niż 20% kapitału zakładowego),
- e) decyzja Urzędu Gminy, właściwego dla Ubezpieczonego, o wykreśleniu działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczonego z Ewidencji Działalności Gospodarczej oraz dokumentacja potwierdzająca wyrejestrowanie działalności gospodarczej z przyczyn ekonomicznych, w rozumieniu definicji zawartej w § 1 ust. 1 pkt 15) lit. c) (w przypadku osób, które nabyły status Bezrobotnego wskutek wykreślenia działalności gospodarczej z Ewidencji Działalności Gospodarczej),
 - f) oświadczenie Ubezpieczonego, iż od daty Utraty pracy nie wykazuje on żadnej Aktywności zarobkowej,
 - g) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia;
- 3) w przypadku świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu przez Ubezpieczonego:
- a) oryginał lub kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, potwierdzonej przez placówkę medyczną, która wystawiła dokumentację lub przez Ubezpieczyciela,
 - b) oryginał lub kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego, poświadczonej przez Szpital lub przez Ubezpieczyciela.
4. W każdym kolejnym miesiącu, w którym zgodnie z Warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do kolejnego miesięcznego świadczenia z tytułu Utraty pracy, Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczycielowi dokumenty, o których mowa w ust. 3 pkt 2 lit. „a”, „b”, potwierdzające zasadność roszczenia Ubezpieczonego o wypłatę świadczenia z tytułu Utraty pracy.

 **Pamiętaj!** Jeśli chcesz otrzymać kolejne świadczenia z tytułu Utraty pracy, musisz co miesiąc przedłożyć nam zaświadczenie, że nadal posiadasz status Bezrobotnego z prawem do zasiłku.

5. W celu ustalenia prawa do świadczenia z tytułu Utraty zdolności do pracy, Ubezpieczyciel może zażądać od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Ubezpieczyciela, przez lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczony nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 8 WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia wypłacane są Ubezpieczonemu w złotych polskich, przelewem na wskazany przez niego rachunek bankowy lub w inny ustalony z Ubezpieczonym sposób.
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić świadczenie w terminie trzydziestu (30) dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu czternastu (14) dni od wyjaśnienia tych okoliczności. W takim przypadku Ubezpieczyciel zawiadamia pisemnie Ubezpieczonego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.

 **Niewłocznie** – po zgłoszeniu roszczenia – uruchomimy proces, pozwalający na wypłatę świadczenia. Pamiętaj, że czas realizacji odszkodowania jest uzależniony od tego, kiedy otrzymamy od Ciebie wszelkie informacje i dokumenty pozwalające nam na wypłatę.

§ 9 PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

§ 10 SKARGI I ZAŻALENIA

1. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Ubezpieczyciela.
2. Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Ubezpieczyciela, przesyłane w formie pisemnej bądź elektronicznej lub przekazywane Ubezpieczycielowi w innej formie, umożliwiającej określenie tożsamości osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.
3. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niewłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie skargi lub zażalenia okaże się niemożliwe w terminie, o którym mowa powyżej, Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie takie było możliwe.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, bezzwłocznie po ich rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z zainteresowanym.

 **Pamiętaj!** Zawsze masz prawo wglądu w dokumentację, która miała wpływ na decyzję dotyczącą prawa do świadczenia i jego wysokości.

§ 11 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Z zastrzeżeniem § 7 ust. 1 oraz § 10 ust. 2 Warunków ubezpieczenia, wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia, składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
2. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Ubezpieczycielowi zgodnie z Warunkami ubezpieczenia lub Umową ubezpieczenia jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia Umowy ubezpieczenia, przepisy kodeksu cywilnego oraz inne przepisy prawa.